

## นโยบายในการลดอุบัติการตายคลอด

วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา\*  
สุขิต เผ่าสวัสดิ์\* เยื่อน ตันนรินทร์\*

**Snidvongs W, Phaosavasdi S, Tannirandorn Y. Stillbirth - strategies to reduce its incidence. Chula Med J 1988 Feb; 32 (2) : 113-119**

*During the past 21 months (from January 1986 to September 1987) 21,156 babies have been delivered at Chulalongkorn Hospital, and 116 of these or 0.55% were stillborn. Analyses of case records reveal that 84 cases or 72% of the intrauterine fetal deaths were the results of mishaps or negligence during the antenatal period, and that only 8 cases or 7% were due to intrapartum events. Almost 30% of the gravidae delivered at our hospital had received their antenatal care elsewhere and only approximately 300 gravidae had been seen daily at our regular antenatal clinic by personnel of different experiences and expertise; measures must be found to ensure that each case will receive the level of antenatal care appropriate to its risk. These measures should include a selection criterion for those who must attend our hospital's antenatal clinic in order to categorize gravidae into three different risk levels so that they are looked after by personnel of appropriate expertise. This risk appropriate care concept should continue into the intrapartum and neonatal periods to ensure a safe pregnancy outcome and avoid the tragedy of a stillbirth or neonatal death.*

Reprint requests : Snidvongs W, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. October 5, 1987.

การตายคลอดหมายถึง การที่เด็กในครรภ์เสียชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงเวลาคลอด (stillbirth) ส่วนการตายในระยะแรกเกิด (neonatal death) หมายถึง การที่เด็กคลอดมีชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ แต่ตายภายใน 7 วันหลังคลอด และถ้านำจำนวนเด็กที่ตายทั้งในครรภ์และตายในระยะแรกเกิดมารวมกันแล้วก็จะคิดเป็นอัตราตายในระยะคลอด (perinatal mortality) ต่อจำนวนเด็กคลอดมีชีวิต 1,000 รายได้<sup>(1,2)</sup>

บทความนี้จะพิจารณาถึงการตายคลอดเท่านั้น เนื่องจากเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสูติแพทย์ การตายคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่น่าเศร้าสลดทั้งสำหรับญาติพี่น้องของเด็กตลอดจนบุคลากรทางสูติกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การตายคลอดเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงมาตรฐานของการให้บริการทางสูติกรรมทั้งในระยที่แม่ตั้งครรภ์อยู่และในระยะคลอด สถาบันหลักที่ให้บริการทางสูติกรรมต่อหญิงมีครรภ์จำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความจำเป็นที่จะต้องสอดส่องดูแลความบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้นและวางมาตรการแก้ไขความบกพร่องนั้น ๆ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอข้อแนะนำเพื่อลดอัตราการตายคลอดให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้<sup>(3)</sup>

**ภูมิหลัง**

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้บริการฝากครรภ์และคลอดสำหรับประชากรที่มีที่อยู่อาศัยในบริเวณทิศตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ของกรุงเทพมหานคร ไปจนถึงจังหวัดสมุทรปราการ นอกจากนั้นยังให้บริการคลอดสำหรับผู้ที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัด แต่ต้องการจะคลอดในกรุงเทพฯ ผู้คลอดประเภทหลังนี้มักจะไม่มีมาฝากครรภ์

ในจำนวนผู้คลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประมาณร้อยละ 48 ฝากครรภ์ที่ห้องฝากครรภ์ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ร้อยละ 20 ฝากครรภ์ที่ศูนย์สาธารณสุขของ

กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 22 ฝากครรภ์กับแพทย์ส่วนตัว ร้อยละ 2 ฝากครรภ์ที่สถานึกษาของสมาคมฯไทย ร้อยละ 1 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อน แต่ร้อยละ 7 ไม่ฝากครรภ์ (รวบรวมจากสถิติปรึกษาเนตของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา พ.ศ. 2529-2530)

ห้องฝากครรภ์ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาให้บริการหญิงมีครรภ์ประมาณ 200-300 ราย ระหว่าง 08.00-12.00 น. ทุกวันราชการ โดยบุคลากรที่มีความชำนาญและประสบการณ์แตกต่างกันตั้งแต่แพทย์อาวุโส แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัด นิสิตแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล

ห้องฝากครรภ์ของศูนย์สาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร และของสถานึกษา ให้บริการโดยพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

ห้องคลอดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง วันละ 30-40 ราย โดยบุคลากรหลายระดับเช่นเดียวกับที่ในห้องฝากครรภ์

**รายละเอียด**

ในระยะเวลา 21 เดือนระหว่างมกราคม 2529 ถึง กันยายน 2530 มีผู้คลอดที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งสิ้น 21,016 ราย คลอดเด็ก 21,156 คน เพราะเป็นแฝดสอง 138 ชุด และแฝดสาม 1 ชุด ในจำนวนเด็กคลอดทั้งหมด 21,156 คนนี้มีเด็กตายคลอดตามคำนิยามข้างต้น 116 คน หรือคิดเป็นอัตราเด็กตายคลอดได้ร้อยละ 0.55 (ตามตารางที่ 1) หญิงมีครรภ์ที่คลอดเด็กตายคลอดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 ถึง 30 ปี และเคยคลอดบุตรมาแล้ว 1 คน หรือเป็นครรภ์แรก (ตามตารางที่ 2) เด็กที่ตายคลอดส่วนใหญ่ (64%) ตัวเปื่อย (macerated) ซึ่งหมายความว่าตายมาแล้วอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง

**Table 1** Number of deliveries, stillbirths and types of stillbirths.

Year	Deliveries	Babies	Stillbirth (%)	Fresh (%)	Macerated (%)
1986	11,777	11,836	66 (0.56)	25 (37.9)	41 (62.1)
1987	9,239	9,320	50 (0.54)	17 (34)	33 (66)
Total Average	21,016	20,156	116 (0.55)	52 (35.9)	74 (64)

**Table 2** Distributions of gravidae with stillbirths by parity and age.

Parity	0 - 1	2 - 3	4 - 5	> 5		
No.	91	20	3	2		
Age in years	< 16	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	> 35
No.	2	19	42	26	22	5

หญิงที่มีเด็กตายคลอดทุกคนได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหาหมู่เลือด CBC, BUN, creatinine, serum VDRL, oral glucose tolerance test, acid elution test และตรวจปัสสาวะเพาะเชื้อ ส่วนเด็กที่ตายคลอดจะได้รับการเจาะเลือดจากสายสะดือหรือ จากหัวใจเพื่อหาหมู่เลือด VDRL และ Hb electrophoresis ถ้าเป็นเด็กที่มีรูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดก็จะได้รับการตรวจโครโมโซมส์จากเลือดหรือจากหนัง และถ้าเป็นเด็กที่ตายสด (fresh stillborn) ก็จะได้รับ การขออนุญาตให้ตรวจศพหลังจากที่วัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและชั่งน้ำหนักแล้ว

เมื่อข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้รับการรวบรวมอย่างสมบูรณ์แล้วก็จะได้รับการเสนอต่อที่ประชุม Perinatal Conference ของภาควิชาสูติศาสตร์ และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ซึ่งจัดขึ้นทุกเดือนเพื่ออภิปราย และสรุปถึงสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในเด็กตายคลอดแต่ละราย เพื่อวางมาตรการแก้ไขข้อบกพร่องและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีก

สาเหตุหรือพยาธิสภาพดังกล่าวแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ทางสูติศาสตร์ ทางอายุรศาสตร์ของแม่และความผิดปกติแต่กำเนิดของเด็ก นอกจากนี้ยังได้พยายามสรุปว่า สาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมกับการตายคลอดของเด็กนั้น เป็นความผิดพลาดที่ห้องฝากครรภ์ ที่ห้องคลอดที่ไม่สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาได้ทันที่ หรือเป็นความบกพร่องของผู้คลอดเองที่ไม่มารับบริการตามคำแนะนำ

สำหรับพยาธิสภาพทางสูติศาสตร์ที่พบได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์เกินกำหนด โรคความดัน

โลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ รดและสายสะดือมิดปกติ สายสะดือข้อยึด เด็กบวมน้ำเพราะ หัวใจวาย (hydrops fetalis) และการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ส่วนสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมทางอายุรศาสตร์ในแม่ ได้แก่ syphilis โรคติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ เบาหวาน<sup>(4)</sup> โรคหืด สำหรับความผิดปกติหรือความผิดปกติแต่กำเนิด ในเด็กนั้น ได้แก่ hydrocephaly, anencephaly, meningoencephalocoele, gastroschisis และ limb reduction defect (รายละเอียดตามตารางที่ 3) ถ้าพิจารณาสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในเด็กที่ตายคลอดว่าจะป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้หรือไม่ ก็พบว่า 84 รายหรือร้อยละ 72 ควรจะป้องกันได้ถ้าผู้ให้บริการที่ห้องฝากครรภ์ตื่นตัวและวินิจฉัยได้ทันการ แต่ 8 รายหรือร้อยละ 7 เกิดขึ้นเพราะความบกพร่องที่ห้องคลอดซึ่งรวมถึงความผิดพลาดในการเจ็บครรภ์คลอดเป็นไปอย่างล่าช้า เด็กขาดออกซิเจน คุณแลผู้คลอดไม่สมกับความเสียง โดยใช้บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย คุณแลผู้คลอดที่มีพยาธิสภาพหรือที่เจ็บครรภ์คลอดผิดปกติ จึงไม่เข้าใจปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขได้ทันที่ (ตามตารางที่ 3) เมื่อถึงเวลาคลอดก็คลอดลำบาก เด็กขาดออกซิเจนจนตายคลอด สำหรับผู้คลอดเองก็ต้องถือว่ามี ส่วนรับผิดชอบในการที่เด็กตายคลอดเพราะมีถึง 48 รายหรือร้อยละ 41 ที่มาตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ หรือไม่มาตรวจตามนัดหรือไม่มาโรงพยาบาลทั้ง ๆ ที่ถูกหยุดเคลื่อนไหวมานานกว่า 24 ชั่วโมง สำหรับการเจริญเติบโตช้าในครรภ์นั้นพบใน 18 รายของเด็กตายคลอดหรือร้อยละ 12.5 ซึ่งวินิจฉัยโดยเปรียบเทียบน้ำหนักแรกคลอดกับมาตรฐานน้ำหนักแรกคลอดตามอายุครรภ์ของเด็กไทยที่คลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(5,6)</sup>

**Table 3** Causes or associated pathology in 66 stillbirths, with some cases having more than one cause or associated pathology.

Obstetric complication (%)	Medical complication (%)	Intrauterine Growth Retardation (%)	Labour room related (%)	Congenital anomalies (%)
68 (47.2)	44 (30.6)	18 (12.5)	8 (6.9)	11 (7.6)

## บทวิจารณ์

นิยามของการตายคลอดในบทความนี้ยังถืออายุครรภ์ 28 สัปดาห์และน้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัม เป็นจุดแยกระหว่างการตายคลอดและการแท้ง ทั้งนี้เพราะว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัมหรือมากกว่ามีโอกาสรอดชีวิตถึงร้อยละ 40 จากสถิติของภาควิชาการกุมารเวชศาสตร์และตามกฎหมายไทยก็ถือว่าเด็กที่คลอดเมื่อมีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์หรือมากกว่าเป็นเด็กที่คลอดและต้องแจ้งเกิด<sup>(7)</sup> แต่องค์การอนามัยโลกใช้นิยามของการตายคลอดว่าเป็นเด็กที่คลอดไม่มีชีวิตเมื่ออายุครรภ์ 22 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 500 กรัม ซึ่งแม้ว่าจะเป็นนิยามที่ต้องใช้ถ้าจะเปรียบเทียบสถิติกับประเทศอื่น ๆ<sup>(2)</sup> แต่ในทางปฏิบัติแล้วโอกาสที่เด็กจะรอดชีวิต เมื่ออายุครรภ์เพียง 22 สัปดาห์และมีน้ำหนักเพียง 500 กรัม นั้นแทบจะไม่มีเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันที่ให้บริการทางแพทย์ในประเทศเรา เนื่องจากความขาดแคลนด้านอุปกรณ์และบุคลากร

กระทรวงสาธารณสุขรายงานอัตราตายของทารกในระยะปริกำเนิด ซึ่งรวมการตายคลอดและการตายภายใน 7 วันหลังคลอดต่อจำนวนเด็กคลอด 1,000 คน ว่าลดจาก 9.1 ในปี พ.ศ. 2500 เหลือ 4.8 ในปี พ.ศ. 2513 และ 4.2 ในปี พ.ศ. 2527<sup>(7)</sup> แต่จากการรวบรวมสถิติที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราตายในระยะปริกำเนิดอยู่ระหว่าง 10-13 ซึ่งมากกว่าที่ปรากฏในสถิติของกระทรวงสาธารณสุข แต่ใกล้เคียงกับของโรงพยาบาลรามารบัตินี้ (6.7-14) และของโรงพยาบาลศิริราช (14.9-18) ถ้าพิจารณาว่าโดยทั่วไปแล้วจำนวนเด็กที่ตายคลอดจะมากกว่า

จำนวนเด็กที่ตายในระยะหลังคลอดเล็กน้อย (คิดได้กว่าร้อยละ 50 เล็กน้อย)<sup>(8)</sup> ตัวเลขจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ทั้ง 3 แห่งน่าจะใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่า เพราะจะได้อัตราเด็กตายคลอดประมาณร้อยละ 0.5 ถึง 0.9 ซึ่งในการศึกษานี้อัตราเด็กตายคลอดคิดได้ร้อยละ 0.55 ในอดีตได้มีผู้พยายามจำแนกสาเหตุการตายคลอดของเด็กโดยใช้การพิจารณาประวัติต่าง ๆ ทางคลินิก ร่วมกับการตรวจศพ (Aberdeen classification-clinico pathological)<sup>(9)</sup> หรือจำแนกการตายตามลักษณะศพ ร่วมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Wigglesworth classification-pathophysiological)<sup>(10)</sup> ตามตารางที่ 4 และ 5 ซึ่งผู้นิพนธ์มีความเห็นว่ายังไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในประเทศเรา เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจศพเพื่อหาสาเหตุการตายคลอดของเด็ก ยังกระทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์ทุกราย การแยกสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในเด็กตายคลอดที่ได้รับการศึกษาในบทความนี้ กระทำเพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อบกพร่องในการให้บริการทั้งที่ห้องฝากครรภ์ และเพื่อให้ง่ายในการรวบรวมเช่นถ้าเด็กตัวเปื่อยก็ไม่น่าจะตายจากความบกพร่องที่ห้องคลอด แต่ตายเพราะเกิดความผิดพลาดที่ห้องฝากครรภ์หรือเพราะผู้คลอดละเลยหรือไม่เข้าใจความสำคัญของอาการผิดปกติที่ควรจะมาปรึกษาแพทย์ถ้าเด็กตายคลอดจากการมีรูปร่างผิดปกติก็เป็นสิ่งที่ไม่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ แต่ถ้าเด็กตายคลอดเพราะโรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรือทางอายุรศาสตร์ ก็ควรจะหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกได้โดยการปรับปรุงบริการที่ห้องฝากครรภ์หรือที่ห้องคลอด เนื่องจากเชื่อกันว่าร้อยละ 25 ของเด็กตายคลอดตายจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้<sup>(8)</sup>

**Table 4** Aberdeen classification (clinico-pathological).

1. Malformation	- CNS - Others
2. Serological incompatibility	
3. Mechanical causes	- Mech vertex - Mech breech - Mech other - Mech cord
4. Mature unknown 2500 <sup>+</sup> gm.	
5. Premature unknown 2500 <sup>-</sup> gm.	
6. Toxemia	
7. Antepartum haemorrhage	
8. Maternal disease	
9. Infection	
10. Miscellaneous	- e.g. Haemorrhagic disease of newborns
11. Unclassifiable	

**Table 5** Classification by cause or mode of death (Wigglesworth).

1. Normally formed	– Macerated stillbirth (SB)
2. Congenital malformations	– Stillbirth/Neonatal death
3. Conditions associated with immaturity	– Neonatal death (NND)
4. Asphyxia developed in labor	– Fresh SB/NND
5. Other specific conditions	– e.g. Inborn error of metabolism, G.B.S.*

\* G.B.S. = Group B streptococcal infection.

ปัญหาหลักก็คือการดูแลหญิงมีครรภ์จำนวนมากให้ดำเนินการตั้งครรภ์และคลอดอย่างปลอดภัยโดยบุคลากรที่มีความแตกต่างกันหลายระดับทั้งในแง่ของประสบการณ์ ความชำนาญหรือความรู้ทางวิชาการ กล่าวคือ แพทย์อาวุโสที่คณะแพทยศาสตร์ แพทย์ประจำบ้าน นิสิตแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลทั้งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และที่สถาบันต่าง ๆ ที่รวมให้บริการตรวจครรภ์

### นโยบายในการลดอุบัติเหตุการตายคลอด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับหญิงที่มียุติการตายคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะเห็นได้ว่าความผิดพลาดหรือบกพร่องซึ่งนำไปสู่การตายคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ห้องฝากครรภ์ และแม้ว่าร้อยละ 93 ของผู้คลอดจะฝากครรภ์ แต่ร้อยละ 48 เท่านั้นที่มาใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา อีกร้อยละ 23 ฝากครรภ์ที่ศูนย์สาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือที่อื่น และมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อเจ็บครรภ์คลอดเท่านั้น จากประเด็นนี้สิ่งที่ควรจะต้องแก้ไขได้ก็คือ ประสานกับทางศูนย์สาธารณสุขและสถานบริการอื่น ๆ เกี่ยวกับการเลือกหญิงมีครรภ์ประเภทที่มีความเสี่ยงสูงให้มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงไม่มากก็ควรให้ตรวจครรภ์ที่ศูนย์สาธารณสุขได้แต่ควรส่งให้มาตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง คือในไตรมาสที่ 2 ตอนปลาย และเมื่ออายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมอีกทั้งเป็นการให้หญิงมีครรภ์ได้คุ้นเคยกับสถานที่และระบบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อระบุหรือปัจจัยเสี่ยงที่จะให้มารับบริการตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก็คือ มีประวัติมีบุตรยาก เคยมีลูกตายในระยะปริกำเนิด (perinatal) อายุน้อยกว่า 16 หรือมากกว่า 35 ปี<sup>10</sup> ไม่ทราบอายุครรภ์แน่นอน มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่รุนแรงและกำลังได้รับการรักษาหรือที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา มีโรค

แทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ นำหนักตัวขึ้นน้อยในไตรมาสที่ 3 มีเด็กซึ่งเจริญเติบโตช้าโดยสังเกตจากการตรวจหรือวัดยอดมดลูก มีเด็กซึ่งเคลื่อนไหวน้อยหรืออยู่ในท่าผิดปกติตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป นอกจากนั้นยังควรให้คำแนะนำบุคลากรที่ให้บริการตรวจครรภ์จากสถาบันอื่นเกี่ยวกับวิธีการตรวจการบันทึกผลการตรวจ และข้อพึงปฏิบัติในกรณีที่ตรวจพบสิ่งผิดปกติทั้งนี้เพื่อการให้บริการที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง<sup>(11-13)</sup>

สำหรับห้องฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น ก็ควรแยกหญิงที่มาฝากครรภ์ตามระดับความเสี่ยง โดยวิธีให้คะแนนตามปัจจัยเสี่ยงจากประวัติ<sup>(14)</sup> และจากสิ่งที่ตรวจพบหรือให้แพทย์อาวุโสเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงของหญิงที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคน ถ้ามีความเสี่ยงน้อยก็ให้ได้รับการดูแลโดยนิสิตแพทย์ พยาบาลหรือแพทย์ฝึกหัด ถ้ามีความเสี่ยงปานกลางก็ให้ได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และปีที่ 2 ถ้ามีความเสี่ยงมากก็ให้ได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 และอาจารย์ กลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงน้อยและปานกลาง ควรได้รับการตรวจพบทวนโดยแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 และหรืออาจารย์เมื่ออายุครรภ์ได้ 32, 36 และ 40 สัปดาห์ เพื่อปรับระดับความเสี่ยงถ้าจำเป็นและตัวหญิงมีครรภ์เองก็ควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและจิตวิทยาถึงความสำคัญของการมาตรวจครรภ์ตามนัดและการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องรับมาปรึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเด็กในครรภ์เคลื่อนไหวน้อยลงจนผิดปกติตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจฐานะและการศึกษาค่อนข้างต่ำ จึงควรสอนให้สังเกตความเคลื่อนไหวของเด็กในครรภ์ด้วยวิธีง่าย ๆ คือ ให้นับตั้งแต่เช้าถึงค่ำ ถ้าลูกเคลื่อนไหว 10 ครั้งหรือมากกว่าภายใน 12 ชั่วโมงก็หมายความว่าเด็กยังมีสุขภาพดี ถ้านับได้ไม่ถึง 10 ครั้งให้มาตรวจวันรุ่งขึ้น แต่ถ้าลูกไม่เคลื่อนไหวเลยภายใน 12 ชั่วโมง (ตั้งแต่เช้าจนค่ำ) ก็ให้รีบมาโรงพยาบาลคืนนั้น เพราะเด็กอาจมีอันตราย จำเป็นต้องตรวจยืนยันด้วยวิธีทางชีวอิเล็กทรอนิกส์และอาจรีบให้คลอด<sup>(15)</sup>

ระดับความเสี่ยงของหญิงมีครรภ์แต่ละคนควรได้รับการระบุไว้อย่างชัดเจนที่หน้าปกของบัตรฝากครรภ์ และทะเบียนประวัติผู้ป่วยใน

การดูแลที่ห้องฝากครรภ์ให้สมกับระดับความเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ (risk appropriate antenatal care) แต่ละคนนี้ควรเป็นไปอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หญิงมีครรภ์มีความมั่นใจ เห็นคุณค่าของการมาตรวจครรภ์ และให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังสุขภาพของลูกในครรภ์ตามวิธีนับ 1 ถึง 10 ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ตลอดจนสังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งควรจะต้องมาโรงพยาบาล การดูแลให้สมกับความเสี่ยงนี้ต้องต่อเนื่องไปถึงระยะคลอด โดยบุคลากรที่เหมาะสมตลอดจนต่อไปถึงการดูแลเด็กในระยะแรกคลอดโดยห้องเด็กเกิดใหม่ต้องทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงของแม่ด้วย

ในกรณีที่เด็กตายคลอด ก็ควรให้บริการตรวจหลังคลอดสำหรับหญิงเหล่านั้นที่คลินิกเฉพาะเพื่อให้รายละเอียด คำแนะนำ และความสนับสนุนด้านจิตใจว่าเหตุการณ์ที่เศร้าสลดเช่นนี้จะต้องไม่เกิดขึ้นอีก เพราะหญิงเหล่านั้นจะได้รับบริการตรวจครรภ์ในคราวต่อไป ในลักษณะของผู้ที่มีความเสี่ยงมาก โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์และความชำนาญจำเพาะ

## สรุป

ในช่วงเวลา 21 เดือนระหว่างมกราคม 2529 ถึง กันยายน 2530 มีเด็กตายคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 116 คน จากจำนวนเด็กคลอดทั้งหมด 21,156 คน คิด

## อ้างอิง

1. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. เด็กตายคลอด ประสบการณ์ 5 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2523 มีนาคม ; 24 (2) : 141-149
2. Chiswick ML. Commentary on current WHO definitions used in perinatal statistics. Br J Obstet Gynaecol 1986 Dec ; 93 (12) : 1236-1238
3. World Health Organization. Prevention of perinatal mortality and morbidity. WHO Publications Health Pamphlet, 1969. 42.
4. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. สุจิต เม้าสวัสดิ์. เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุสำคัญของการตายคลอดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529 กันยายน ; 30 (9) : 883-888
5. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. การโตช้าในครรภ์ - นิยาม ความชุกและผลกระทบ. ใน : วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์

เป็นอัตราตายคลอดได้ร้อยละ 0.55 สาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในแม่และเด็กตายคลอดเหล่านี้มีหลายประการด้วยกัน แต่พอจะแยกเป็นกลุ่มของโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในแม่ โรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และควมมีรูปปริวิตแต่กำเนิดของเด็ก คิดได้เป็นร้อยละ 30.6, 47.2 และ 7.6 ตามลำดับ โดยที่แม่และเด็กบางคนมีสาเหตุหรือพยาธิสภาพดังกล่าวมากกว่าหนึ่ง ส่วนการเจริญเติบโตช้าในครรภ์นั้นพบถึงร้อยละ 12.5 ของเด็กที่ตายคลอด

การที่พยาธิสภาพที่ตรวจพบทำให้เด็กตายคลอดก็เพราะร้อยละ 72 เกิดจากความผิดพลาดหรือบกพร่องที่ห้องฝากครรภ์ทั้งที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และที่สถาบันอื่น ๆ ที่ร่วมให้บริการ ส่วนพยาธิสภาพหรือสาเหตุที่เกิดจากความบกพร่องที่ห้องคลอดนั้นคิดได้เพียงร้อยละ 7

ความผิดพลาดเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงได้โดยการเลือกประเภทหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงให้มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงโดยบุคลากรที่มีประสบการณ์และความชำนาญ สมกับความเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ ส่วนหญิงมีครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงก็ให้ฝากและตรวจครรภ์ที่สถาบันที่ให้บริการร่วมได้ แต่ต้องมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดเพื่อส่งมารับการรักษาต่อเมื่อตรวจพบความผิดปกติ การดูแลอย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงนี้ควรเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนถึงเวลาคลอด และในระยะหลังคลอด เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายของเด็กในระยะปริกำเนิด

- ณ อยุธยา. บรรณาธิการ. การเจริญเติบโตช้าในครรภ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2530.1-16
6. พิมสรณ์ ไทยธรรมยานนท์, สมหมาย พงษ์เวช, สำหรับ จิตตินันท์. การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ของคนไทย. วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2527 กรกฎาคม-ธันวาคม ; 23 (2) : 99-106
  7. กระทรวงสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2527
  8. Beischer NA, Mackay EV. Perinatal Mortality. In : Beischer NA, Mackay ED, eds. Obstetrics and the Newborn. Sydney : W.B. Saunders, 1986. 117-122
  9. Baird D, Walker J, Thomson AM. Causes and prevention of stillbirths and first week deaths, effect of age, parity and length of death rates by cause. J Obstet Gynaecol Br Emp 1954 Aug; 61 (4) : 433-448

10. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality : a pathophysiological approach. *Lancet* 1980 Sep 27;2 (8196) : 684-686
11. Hobel CJ, Youkeles L, Forsythe A. Prenatal and intrapartum high-risk screening. II. Risk factors reassessed. *Am J Obstet Gynecol* 1979 Dec 15; 135 (8) : 1051-1056
12. Hobel CJ. A dynamic risk factor scale. In : Harel S, ed. *The At Risk Infant. Excerpta Excerpta medica, International Congress Series 492.* Amsterdam, 1980
13. Hobel CJ. Assessment of the high risk fetus. *Clin Obstet Gynecol* 1979 Aug ; 6 (2) : 367-377
14. Fortney JA, Whitehorne EW. The development of an index of high risk pregnancy. In : Potts M, Janowditz BS, Fortney JA, eds. *Childbirth in Developing Countries.* Lancaster : MTP Press, 1983. 16-28.
15. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. เชื้อน คันทรีนดร. การดูแลทางสูติศาสตร์. ใน : วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. *การเจริญเติบโตช้าในครรภ์, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. 158-202*